Städtisches Krankenhospital zu Allerheiligen
Abteilung für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.
(Primärarzt: Geheimrat Prof. Dr. Asch.)

Über Parovarialzysten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Nikolaus Christophorakos.

Breslau 1928.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Fraenkel.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548214_0002

Intraligamentäre Tumoren entwickeln sich größtenteils aus dem Epoophoron oder Parovarium. Dieses ist entwicklungsgeschichtlich ein Residuum der Urniere oder des Wolffschen Körpers, und zwar handelt es sich dabei um deren oberen Abschnitt, der den Geschlechtsanteil darstellt. Daneben kommen noch die kaudalen Abschnitte als sogenannte Gartnersche Gangzysten zur Entwicklung. Wir verstehen unter Nebeneierstock (Parovarium, Epoophoron) eine Anzahl schlauchartiger, epithelausgekleideter Gebilde, welche zwischen den Blättern des Ligamentum latum, und zwar zwischen Tube und Ovarium in der sogenannten Mesosalpinx liegen. Die Wandung dieser Schläuche ist ziemlich dick und läßt nach manchen Autoren eine Ringmuskulatur erkennen. Entwicklungsgeschichtlich entspricht das Parovarium dem Nebenhoden des Mannes. Es wurde entdeckt von Ch. Rosenmüller im Jahre 1802, der bei Neugeborenen zwischen Tube und Ovarium ein konisches Gebilde fand, das sich aus Drüsenschläuchen zusammensetzte. Die Basis war nach der Tube, die Spitze nach dem Ovarium zu gerichtet. Über das Vorkommen dieses Organs konnte Kobelt 1847 berichten, daß er es in allen Perioden des Extrauterinlebens nachweisen konnte, und daß es stets mit dem Ovarium in Verbindung stand. Seiner Ansicht nach handelte es sich bei dem Parovarium um ein absonderndes Organ, das sein Sekret durch gestreckte Röhrchen in das Parenchym des Eierstockes abgibt (innersekretorische Funktion), im Gegensatz also zur Funktion des Nebenhoden, der ja sein Sekret nach außen hin abgibt. Ob die Ansicht Kobelts richtig ist, kann bis heute noch nicht festgestellt werden, da ja seine Versuche sowie die anderen Autoren keine Anhaltspunkte für eine Funktion des Parovariums bieten.

Die wichtigste Erkrankung des Parovariums ist dessen zystische Entartung, die wegen ihrer Folgen (für den Arzt)

von sehr großer Bedeutung ist; die Genese der Parovarialzysten ist wahrscheinlich ein echtes, selbständiges Wachstum. Diese moderne Ansicht steht im Gegensatz zu der früheren, die die Parovarialzysten als Retentionszysten auffaßte. Das autonome Wachstum kann durch den Nachweis von echten proliferationsfähigen Papillen in der Wand von vielen Epoophoronzysten gestützt werden. Dabei muß es ja zu einer Wucherung des Epithels und des Bindegewebes gekommen sein (Wichmann).

Zuerst in der Literatur hat Meckel im Jahre 1848 eine Erweiterung des Epoophorons beschrieben und abgebildet, nach ihm Schickele und v. Recklinghausen.

Entsprechend der Lage des Epoophoron entwickeln sich diese Tumoren zunächst zwischen dem vorderen und hinteren Peritonealblatt des zwischen Tube und Ovar gelegenen Anteils des Ligamentum latum.

Parovarialzysten können eine beträchtliche Größe erreichen, im allgemeinen sind sie etwa faustgroß. Sie können aber bis mannskopfgroß werden; es ist dies die häufigste Erkrankung des Epoophoron. Wie gesagt, liegen die Parovarialzysten stets intraligamentär. Deshalb erscheinen erst größere Tumoren gestielt. Ein Stiel läßt sich deutlich nachweisen besonders bei großen Tumoren, nach deren Entwicklung aus dem kleinen Becken. Es gibt auch Epoophoronzysten, welche sich nach abwärts dem Beckenboden zu entwickeln, so daß sie intraligamentär zwischen Uterus und Beckenwand ihren Sitz haben, dies sind Übergänge zu den Gartnerschen Gangzysten.

In Hinsicht auf die Organe, die für die Topographie einer Parovarialzyste in Betracht kommen, kann man sagen, daß die Tube dem Tumor stets dicht anliegt, je nach Größe des Tumors verlängert sie sich, läuft nach der hinteren Wand der Zyste und bildet hier einen fast vollen Kreis (Frankl). Payer beobachtete eine stielgedrehte große Epoophoronzyste, bei der er eine 76 cm lange Tube fand. Gelegentlich kann die Tube auch über die größte Zirkumferenz des Tumors hinwegziehen.

Das Ovarium ist meist deutlich von der Geschwulst abgesetzt, bei größeren Tumoren ist es oft schwer oder nur mikroskopisch auffindbar. Es liegt in der Regel an der hinteren Fläche des Tumors, kann sich aber auch vor ihm oder in der Nähe des oberen oder unteren Poles befinden, dabei liegt es dem Tumor mehr oder weniger innig an, bei großen Tumoren geht es durch Druckatrophie zugrunde.

Da die Wand der Epoophoronzysten in situ vom Peritoneum überzogen ist, so kann man an ihr zwei sich deutlich gekreuzte Gefäßnetze, und zwar das des Peritoneums und das der eigentlichen Zystenwand unterscheiden. Dies ist ein wichtiges Charakteristikum der Parovarialzysten. Die eigentliche Wand dieser ist in der Regel dünn und im Vergleich zu der der Ovarialkystome, die auch zusammen mit den Parovarialzysten auftreten können, meist auffallend schlaff. Mikroskopisch können wir immer an der Zystenwand zwei Schichten unterscheiden, und zwar erstens das Gewebe des Ligamentum latum z. T. mit dem peritonealen Überzug und zweitens die eigentliche Zystenwand. Die erste Schicht (soweit Peritoneum vorhanden) zeigt eine Lage platter Endothelzellen, die wiederum einer an elastischen Fasern reichen Bindegewebslamelle aufsitzen; die zweite Schicht (eigentliche Zystenwand) zeigt zwei Teile, den epithelialen und den bindegewebigen. An dem bindegewebigen Teil unterscheiden wir die äußere derbe Schicht, lamelläre genannt, und die innere lockere, retikuläre genannt, dabei ist die bindegewebige Zystenwand reich an elastischen Fasern, selten sind noch glatte Muskelfasern zu finden. Bei den Gartnerschen Gangzysten ist letzteres häufiger. Im Innern der Zystenwand findet man im allgemeinen einen epithelialen (einschichtigen) Überzug, dabei ist dies Epithel mit Flimmerbesatz ausgerüstet, und man findet alle Übergänge zwischen hohen zylindrischen und platten Zellen. Das Peritoneum ist über der Zystenwand verschieblich, allerdings kann es auch durch eine Sklerose des subserösen Bindegewebes oder durch eine Entzündung der Zystenwand in größerer oder geringerer Ausdehnung fest anhaften. Die Epoophoronzysten sind meist einkammerig, doch kommen auch multilokuläre Tumoren vor, die dann allerdings meist nicht sehr groß sind. Die multilokulären Zysten entstehen allem Anschein nach durch Aneinanderlagerung mehrerer zystisch entarteter Gänge, wenigstens sind in ihnen niemals adenomatöse Wucherungen nachgewiesen worden (Pfannenstiel).

Hinsichtlich dieser Frage berichtete 1918 Frankl im Zentralblatt der Gynäkologie über eine Cystis parovarialis papillaris, bei der er an einer Stelle der Wand nach der Eröffnung einen grob-papillären, ins Kavum der Zyste vorspringenden Tumor von Faustgröße mit grauroter Verfärbung fand. Mikroskopisch zeigte es sich, daß die Zöttchen dieses Tumors ein lockeres, ödematöses Stroma und zahlreiche Gefäße bargen und daß sie von einschichtigem und wahrschein-

lich stark abgeplatteten Epithel bedeckt waren. Frankl stellte damals die Diagnose: Cystis parovarialis papillaris ohne Zeichen von Malignität.

Der Inhalt der Epoophoronzyste besteht in der Regel aus einer dünnen, wasserklaren, oft leicht opaleszierenden Flüssigkeit von niedrigem spezifischem Gewicht. Der Inhalt größerer Zysten ist oft trübe infolge Verfettung und Abstoßung von Epithelien. Die Farbe ist gelblich bzw. bräunlich, je nach dem Blutfarbstoff, der dem flüssigen Inhalt beigemengt ist. In solchen Fällen ist der Zysteninhalt reich an Eiweiß, in der Regel allerdings ist die Flüssigkeit eiweißreich. Muzin oder Pseudomuzin sind höchstens in Spuren vorhanden. Zuweilen finden sich reduzierende Substanzen.

Pfannenstiel und Heil (zit. von Pfannenstiel) konnten in je einem Falle Harnstoff nachweisen. Hie und da lassen sich mikroskopisch Cholesterinkristalle nachweisen.

Große Epoophoronzysten können gestielt sein, und zwar besteht der Stiel zunächst nur aus der hinteren Lamelle des Ligamentum latum, in späteren Stadien wird der Stiel gebildet aus der Tube des Ligamentum infudibulo-pelvicum und dem Ligamentum ovarii proprium. Bei einer solchen Stielbildung besteht vor allen Dingen die Gefahr der Stieldrehung, welche wieder zu Blutung, Wundnekrose und reaktiver Peritonitis führen kann. Dabei ist die Drehungsfrequenz der Parovarialzysten verhältnismäßig hoch, wie dies der anatomischen Beschaffenheit des Stieles entspricht. Ich möchte dabei auf eine Tabelle von Frankl hinweisen.

Jahr	Parov.-Gesamtsatz	Stieldrehung
1908	7	1
1909	7	2
1910	13	0
1911	12	3
1912	11	1
1913	7	0
1914	10	1
1915	7	1
	74	9 (12,1%)

Diese Tabelle zeigt immerhin, daß 12,1% dieser beobachteten Parovarialzysten Stieldrehung aufgewiesen haben, obwohl sie einen wesentlichen Punkt, die Größe der Parovarialzyste, außer acht läßt, da ja erst bei einer gewissen Ausdehnung ein drehbarer Stiel überhaupt gebildet ist. Oft genug verhindert nur der breite Stiel eine vielfache Drehung. Über

eine stielgedrehte Parovarialzyste bei einer 42 jährigen 11 para im 6. Graviditätsmonat und sekundären paralytischen Ileus schreibt Goergens aus der von Franquéschen Klinik. Auch sind Rupturen von Epoophoronzysten beschrieben worden. So berichtete Matti von einer 45 jährigen Frau, die plötzlich mit heftigen kolikartigen Schmerzen im Hypogastrium erkrankte. Dabei äußerte die Patientin die Vermutung, daß als Ursache ihrer Erkrankung eine körperliche Überanstrengung, das Heben einer Matratze, angenommen werden könne. Die Vaginaluntersuchung ergab dabei Portio nach hinten gedrängt. Uterus in Anteflexio-versio-Stellung. Rechts neben der Portio eine unbestimmte weiche Resistenz. Die Diagnose lautete Appendicitis acuta mit beginnender Exsudation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle ergoß sich ein braunrotes, dünnflüssiges, geruchloses „Exsudat" in reichlichen Mengen aus dem Bauch. Die Appendix war normal. Nach Verlängerung des Schnittes konnte festgestellt werden, daß die braune Flüssigkeit aus einer geplatzten, übermannsgroßen Parovarialzyste stammte. Ein zweiter Fall wurde von Delore veröffentlicht: Eine 47 jährige Frau wurde in der Klinik mit der Diagnose innerer Blutung eingeliefert. Bei der Laparotomie fand sich im Bauch mehr als zwei Liter Blut. Dieses Blut stammte aus den zerrissenen Wandgefäßen (?) einer geplatzten Epoophoronzyste, die verhältnismäßig große Arteria tubaria scheint hierbei besonders gefährdet.

Auch maligne Entartungen, von Epoophoronzysten ausgehend, sind beschrieben worden, und zwar handelt es sich dabei, je nachdem diese Tumoren vom Epithel oder Bindegewebe ausgehen, um Sarkome oder Karzinome. Auch Metastasen von malignen Tumoren in den Parovarien sind mitgeteilt worden. So fand Talmey in beiden Parovarien Metastasen eines Magenkarzinoms.

Fälle von maligner Entartung von Parovarialzysten veröffentlichte Spanton, der eine 9 Liter strohgelbe Flüssigkeit enthaltende Parovarialzyste entfernte, die an der Basis eine Geschwulst enthielt, welche mit sarkomatösen Spindelzellen durchsetzt war, und die er als Sarkom ansprechen mußte. Andere Fälle von maligner Degeneration bei Parovarialzysten wurden von Lawson Tait, Werth, Haggström und Goldschmidt beschrieben.

Außerdem kommen auch Dermoide des Parovariums vor. So fand Czycewicz jun. zwei gänseeigroße Dermoidzysten intraligamentär. Die eine enthielt eine schmierige Masse und einen darin befindlichen hufeisenförmigen Knochen, die

andere war eine gewöhnliche Dermoidzyste mit schmieriger Masse. Zacharias demonstrierte ein kindskopfgroßes Dermoid des rechten Parovariums. Die Ovarien waren vom Tumor getrennt vorhanden und der Stiel der Zyste bestand aus der stark verlängerten gedrehten Tube. Auch Häfner berichtete von einem faustgroßen, links gedrehten, blaurot verfärbten Dermoid.

Solide Tumoren des Epoophoron (primäre Tumoren, nicht zystisch) sind von Aschoff, Pick, Brunet, Werth beschrieben worden.

Die Zahl der Epoophoronzysten im Verhältnis zu den Ovarialzysten beträgt nach Nürnberger 9—10%. In unserem Material beträgt der Prozentsatz 20%. Ebenso wie die Ovarialzysten kommen die Epoophoronzysten in jedem Lebensalter vor. Nürnberger stellte 171 Fälle aus der Literatur zusammen, in denen

zwischen	0—10	Jahren	3	Parovarialzysten
„	11—20	„	7	„
„	21—30	„	71	„
„	31—40	„	55	„
„	41—50	„	28	„
„	51—60	„	3	„
und „	61—70	„	4	„

vorkamen. Wie gesagt, kommen Epoophoronzysten in jedem Lebensalter vor, wobei die statistische Kurve zwischen dem 21.—30. Lebensjahr ihren Höhepunkt erreicht, um dann in den nächsten beiden Lebensjahrzehnten langsamer, später dann schneller abzufallen. Dabei ist sicherlich ein scheinbarer Zusammenhang mit der Geschlechtsreife zu konstatieren. Vielleicht handelte es sich aber hierbei nur darum, daß die Symptome der Parovarialzysten besonders in dieser zum Ausdruck kommen.

Nach Koßmann wachsen die Epoophoronzysten sehr langsam. Ein rasches Wachstum wurde gelegentlich in der Gravidität beobachtet. Wichmann berichtet, daß Tumoren bis Kindskopfgröße erst nach 7—12 jährigem Bestehen operiert wurden.

Doppelseitige Parovarialzysten sind nicht häufig. Wichmann hat unter 53 Fällen keine doppelseitige beobachtet. Auch Lippert konnte unter 22 Fällen nur 1 Fall von doppelseitiger Entwicklung beobachten. Bei uns waren es 5 in 14 Jahren.

Von Allgemeinerscheinungen beim Vorhandensein von Parovarialzysten ist zu sagen, daß im allgemeinen der

Menstruationszyklus sich nicht nachweisbar verändert, allerdings kann es mitunter zu einer stärkeren oder weniger starken Sanguinatio, außerdem zu einer Verschiebung des Intervalls kommen.

Ferner scheint auch die Konzeptionsfähigkeit der an komplikationslosen Epoophoronzysten erkrankten Frauen nicht gestört zu sein.

Die Symptome, die durch das Vorhandensein von Epoophoronzysten hervorgerufen werden können, sind sehr different. Oft ist die Diagnose der Parovarialzysten nur ein Zufallsbefund. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß die Symptome meist nur von den Nachbarorganen aus der Umgebung des betreffenden Tumors ausgegangen sind. Ein erwähnenswertes Symptom ist wohl der Schmerz, der oft eine Begleiterscheinung ist. Woher dieser Schmerz kommt, ist schwer zu sagen. Gibt es doch Frauen, die jahrelang mit den größten Zysten beschwerdefrei sind. Vielleicht kann es sich beim Auftreten von Schmerzen um Zerrung am Stiel handeln, in anderen Fällen können bestehende peritoneale Verwachsungen sicherlich als Ätiologie für die Schmerzen angesprochen werden. Am ehesten sind die Schmerzen erklärlich, wenn sie von dem beiseite gedrängten, durch Verhinderung des venösen Abflusses geschwollenen, Uterus ausgehen. Kreuzschmerzen, die etwas häufiger bei Parovarialzysten beobachtet werden, sind meist auf eine Einklemmung der Zyste in den Douglas zurückzuführen. Auch Harnbeschwerden können bei Einklemmung des Tumors im kleinen Becken oder bei gleichzeitig entzündlich verändertem Genitale auftreten.

Von Wichtigkeit scheint auch die Epoophoronzyste in der Gravidität zu sein. Beobachtungen bestätigen, daß durch größere Epoophoronzysten Wehen ausgelöst werden können (mechanische Behinderung und Stieldrehung) und es so zu Abort oder Frühgeburt kommen kann. Außerdem ist im Wochenbett die Gefahr der Stieldrehung vorhanden; denn die hochgradige Erschlaffung der Bauchdecken, die Involution des Uterus und die durch die Ausstoßung des Kindes bedingten veränderten Druckverhältnisse im Abdomen schaffen eine gewisse Disposition zur Stieldrehung. Es können aber auch ohne Stieldrehung alle Erscheinungen dieses Ereignisses bei ungestielten Zysten durch Thrombenbildung und dadurch herbeigeführte Ernährungsstörung in der Zystenwand auftreten. (Siehe den vorher beschriebenen Fall Goergens.)

Eine sichere Diagnose für kleinere Epoophoronzysten ist nicht möglich; die schlaffe Wand läßt sich nicht sicher ver-

werten, die Form, die Konsistenz, die Lage und die Größe können dem Ovarialkystom entsprechen. Einen Anhaltspunkt für die Diagnose gibt das Verhalten der Zyste zum Uterus, — der Tumor geht mehr oder weniger breit auf die seitliche Uteruskante über — und ihre Unverschieblichkeit. Gelegentlich sind Epoophoronzysten mit einem graviden Uterus verwechselt worden. Nürnberger berichtete einen Fall, bei dem ein Arzt einen retrouterinen Tumor zu punktieren glaubte und aus der aspirierten Flüssigkeit die Diagnose Parovarialzyste stellte. Die Untersuchung ergab einen retroflektierten graviden Uterus. Die gewonnene Flüssigkeit war Fruchtwasser gewesen.

Differentialdiagnostisch kann die Parovarialzyste mit einer Appendizitis verwechselt werden, wenn sie unter den Symptomen der peritonealen Flächenalteration in Erscheinung tritt. Ein solcher Fall wurde von Matti beschrieben (siehe vorn). Auch Ranzi berichtete von einem Fall, bei dem unter Annahme einer akuten Appendizitis eine Laparotomie vorgenommen wurde. Es zeigte sich, daß die Appendix frei und nicht injiziert war, dagegen bei starker Beckenhochlagerung kam ein prall gespannter, apfelgroßer, hellrot gefärbter Tumor zum Vorschein, der eine Stieltorsion aufwies, intraligamentär lag und nur als Parovarialzyste aufzufassen war. Auch Verwechslungen mit Salpingitiden, Extrauteringraviditäten und Nierensteinkoliken kommen vor. Stoeckel beschreibt fernerhin Verwechslungen bei der Vaginaluntersuchung von Parovarialzysten mit Tube, Wanderniere, Netz-, Gallenblase, Uterusmyomen und Dünndarmschlingen. Eine exakte Diagnose ist darum nur möglich, wenn man neben der zystischen Geschwulst deutlich das Ovarium derselben Seite tasten kann. Eine Vortäuschung einer Parovarialzyste durch intraligamentären Aufbruch einer Extrauteringravidität beschrieb Beckmann aus dem Allerheiligen-Hospital in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 75. Es handelte sich um eine 38 jährige 6-Gebärende, die unter dem Verdacht einer Extrauteringravidität eingeliefert wurde, ohne daß dabei nicht auch ein rechtsseitiger Adnextumor oder eine Parovarialzyste in differentialdiagnostische Erwägung gezogen wurde. Gynäkologisch fand sich eine plumpe, nicht aufgelockerte Portio. Die Cervix war beiderseits eingerissen. Zeitweise blutiger Fluor. Uterus klein, derb, in Mittelstellung. Rechts neben ihm eine ca. mandarinengroße, ziemlich derbe und unscharf konturierte Resistenz, die wenig beweglich und kaum schmerzhaft war. Einzelheiten waren nicht herauszu-

tasten. Nach mehrtägiger stationärer Beobachtung wurde zur Laparotomie geschritten, nachdem man mehr zur Diagnose Parovarialzyste neigte. Die Operation jedoch ergab, daß es sich um ein intraligamentäres Hämatom handelte.

Trotz der geringen Beschwerden und der Gutartigkeit der Epoophoronzysten besteht die Therapie in ihrer Entfernung. Dieser Standpunkt wird wohl allgemein geteilt; ich begnüge mich, auf die Dissertation von Braschke, Breslau 1921, hinzuweisen (Fraenkelsche Klinik, Breslau). Man muß bei der Indikation zur Operation an die Gefahr der Stieldrehung und der Vereiterung denken, nnd dann wäre ja die Ausführung der Operation um vieles schwieriger. Weitere Komplikationen, wie maligne Entartung und Verwachsungen, lassen an sich die Operation als einzige Therapie zu.

Als Operation kommt entweder die auf vaginalem oder abdominalem Wege in Betracht. Die Zyste kann im allgemeinen durch Spaltung der sie bedeckenden Peritonealplatte gut ausgeschält werden, vor allen Dingen muß man sich aber vor dem Ureter und den in der Nähe verlaufenden Gefäßen in acht nehmen, die bei der Entwicklung größerer Parovarialzysten leicht freigelegt werden können. Bei der Entfernung Gartnerscher Gangzysten wird der Ureter oft notgedrungen auf weite Strecken freigelegt. Sowohl die Tube, als auch das Ovarium derselben Seite können, wenn sie nicht verändert sind, manchmal geschont werden.

Die Prognose ist unbedingt gut zu stellen.

Im Anschluß an diese Ausführungen gestatte ich mir, einen Überblick über die vom Jahre 1913 bis Mitte 1927 ausgeführten Operationen von Parovarialzysten an der Frauenabteilung des Allerheiligen-Hospitals Breslau zu geben. Zunächst jedoch ein ausführlicher Bericht über 6 in den letzten Jahren operierte Fälle, mit besonders interessantem Verhalten.

Fall I.

W. K., 24 J., verheiratet. Eingeliefert: 27. Februar 1926, klagt seit einem halben Jahre über Druck beim Wasserlassen und über Schmerzen post coitum. Menses bis Ende 1925 regelmäßig, alle 4 Wochen, 3—4 Tage dauernd. Letzte Menses 17. bis 20. Februar, von gewöhnlicher Stärke. Die Menses der letzten Monate waren in der Stärke different. Vor dem Eintritt der Blutung starke Schmerzen in der rechten Seite. Ein normaler Partus. Als Kind Hüftgelenkerkrankung.

Es handelte sich um eine mittelkräftige Patientin in gutem Ernährungszustand.

Lunge, Herz o. B. Zwischen Nabel und Symphyse in der Medianlinie war ein Tumor palpabel, der als Fundus uteri angesprochen wurde. Kombinierte Untersuchung ergab Corpus uteri groß, derb, kugelig, Fundus in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Portio in der Führungslinie, an der Hinterseite der Cervix fühlt man einen derben, etwa kleinapfelgroßen Tumor. Nach diesem Befund wurde die Diagnose Myoma uteri gestellt und zur Operation geraten.

Operationsbericht: Nach Eröffnung des Bauchfelles von einem unteren Medianschnitt aus präsentierte sich eine fast mannsfaustgroße, intraligamentäre, linksseitige Zyste, deren Gefäße sich mit denen des peritonealen Überzuges kreuzen. Die linken Adnexe waren um 135 Grad gedreht, die rechten unverändert. Nach Schlitzen des Peritoneums wurde die Zyste angestochen, so daß der wasserklare Inhalt auslief. Der Zystenbalg konnte ohne Mühe stumpf ausgeschält werden. Das linke Ovar zeigte nach der Basis der Zyste zu einen Sporn von Ovarialgewebe, zwischen Tube und Ovar waren noch einige Epoophoronschläuche zu erkennen. Nach sorgsamer Blutstillung und Vereinigung des geschlitzten Peritoneums wurde die allerdings sehr lange aber sonst unveränderte Tube zurückgelassen. Stichelung der zystischen Ovarien. Wegen des etwas nach rückwärts ausladenden Fundus uteri wurde eine Antefixur des Uterus angeschlossen durch Aufnähen des uterinen Anteils des ligamentum rotundum, auf der Rückwand des fundus uteri nach Durchziehen durch das ligamentum latum. Schluß der Bauchdecken in üblicher Weise. Die Rekonvaleszenz der Patientin verlief mit Ausnahme einer kleinen Fieberzacke einen Tag nach der Operation und einem rasch verklingenden linksseitigen Infiltrat sehr gut. Auch hier scheint der antemenstruelle rechtsseitige Schmerz vom verdrängten Uterus eher, als von der linksseitigen Zyste hergerührt haben. Die Patientin konnte 17 Tage post operationem gynäkologisch geheilt entlassen werden.

Fall II.

L. M., 32 J., verheiratet. Eingeliefert am 19. Juni 1926 wegen starker Schmerzen rechts im Unterleib, Übelkeit. Obstipation. Anamnestisch festzustellen war: Vor 19 Jahren Blinddarmoperation, vor 15 Jahren doppelseitige Lungenentzündung. Menarche mit 14 Jahren, Menses nicht immer regelmäßig, im allgemeinen aber alle 28 Tage von sechstägiger

Dauer, stark, am Anfang schmerzhaft. Die letzte Regel trat am 16. April auf, dauert noch immer an und trat zur normalen Zeit ein. Drei spontane Partus.

Der Befund ergab eine schwächliche, magere Person mit einer allgemeinen Enteroptose. Psychisch machte die Pat. einen leicht debilen Eindruck.

Lunge, Herz o. B.

Abdomen: Im rechten Unterbauch eine reaktionslose Appendektomienarbe. Das Abdomen, besonders der Unterbauch, erschien etwas aufgetrieben. Im ganzen rechten Unterbauch war eine prall gespannte, auf Druck etwas schmerzhafte Geschwulst zu fühlen.

Gynäkologischer Befund: Vagina mittelweit, die Portio lag vor der Symphyse, das hintere Scheidengewölbe war vorgewölbt, man fühlte in ihm einen nicht abgrenzbaren prallen Tumor.

Die Differentialdiagnose lautete: Ovarial- oder Parovarialzyste, und es wurde zur Operation geraten. Durch einen bis zum Nabel reichenden unteren Medianschnitt wurde die Bauchhöhle eröffnet. Man fand sofort den aus dem Becken herausragenden Tumor, der besonders in der Mittellinie mit Netz bedeckt war. Der Uterus wurde durch den Tumor stark emporgedrängt. Nach Abschieben und Abbinden des verwachsenen Netzes fand sich folgendes Bild: die ganze rechte Beckenhälfte wurde von einem prall gespannten, fluktuierenden, glattwandigen Tumor ausgefüllt, der intraligamentär lag, unten bis unter den Douglas reichte und der sich nach oben etwa 3 Querfinger unterhalb der Spinallinie vorwölbte. Medianwärts war er noch über die Medianlinie hinausgewachsen, so daß der Uterus vor und auf ihm lag. Man konnte die über ihn ziehende flache Tube erkennen und eine ca. 2 cm breite, zum Coecum ziehende Adhäsion. Links und tief im Becken lag ein kleiner, ebenfalls intraligamentärer Tumor, dessen oberer Pol noch im kleinen Becken war. An seiner Hinterwand lag mehr der Medianlinie zu eine Serozele, die gleich platzte. Nach diesem Befunde wurde die supravaginale Uterusamputation beschlossen. Zunächst wurden rechts das Ligamentum rotundum und die zum Darm ziehende Adhäsion ligiert und durchtrennt. Sodann wurde an der hinteren Serosa des Tumors eine Lücke geschaffen, von ihr aus der untere Pol des Tumors, der ganz unten im Douglas lag, entwickelt. Der ganze Tumor wurde dann gleich vor die Bauchdecken luxiert. Nach Durchtrennung der tiefen, nach dem parietalen Peritoneum ziehenden Adhäsion und Abbindung

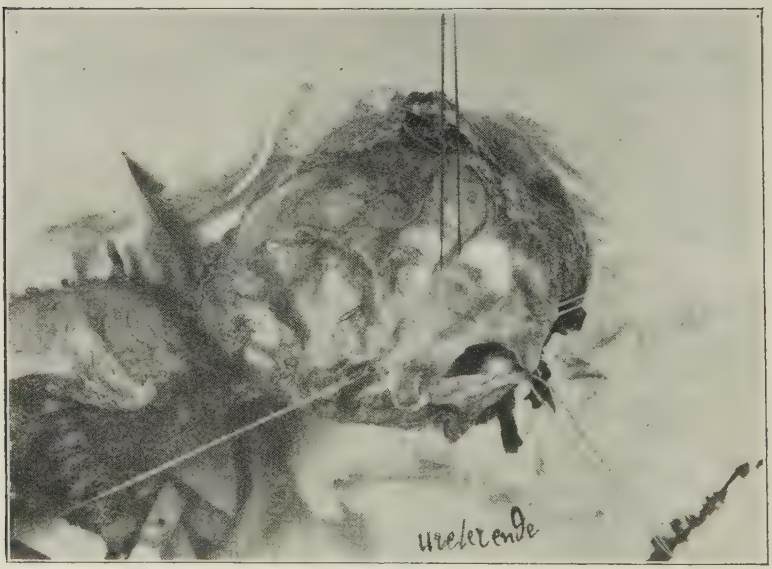
bzw. Durchtrennung des Ligamentum infundibulo-pelvicum war der Tumor so weit gelöst, daß er nur noch mit seinem Stiel, der keine Drehung aufwies, im Zusammenhang stand. Nunmehr wurde die Blase, die durch die Tumorenentwicklung zum größten Teil links von der Medianlinie lag, leicht und ausgiebig vom Uterus abgelöst, das linke Ligamentum rotundum und infundibulo-pelvicum typisch ligiert und durchtrennt, und dann der linke Tumor zu entwickeln begonnen. Da dieser mit dem Colon sigmoideum durch derbe, sehr tief liegende Adhäsionen verlötet war, versuchte man zunächst vom Spermatikalstiel aus die Ausschälung, stieß aber bald auf variköse Gefäße, so daß man auf die Durchtrennung der Adhäsion mit dem Colon pelvicum angewiesen war. Diese waren so derb und gefäßreich, daß sie nach Unterbindung scharf durchtrennt werden mußten. Blutungen in der Tiefe des unteren Pols wurden umstochen. Im ganzen war der Tumor an seiner Basis beweglicher geworden. Es wurde nun vom Stumpf des Ligamentum rotundum aus mit der Ausschälung von außen begonnen. Durch sorgsame Abschiebung des äußeren Blattes, wobei die Gefahr der Ureterverletzung in Anbetracht der großen Tiefe, in der die Iliaca und die Hypogastrica zutage trat, besonders berücksichtigt wurde, konnte der Tumor ausgeschält und schließlich mobil gemacht werden. Es wurde dann die Arteria uterina umstochen, die schlanke Cervix durchtrennt und die Reste der rechten Peritonealbrücke durchschnitten. Bei der Revision des linken Wundbettes, in dem die unterbundene Uterina frei lag, wurde der Ureter nicht an der Kreuzung gefunden, dann aber durch Auffindung seines renalen Teiles im Bindegewebe des Parametriums festgestellt, daß eine Resektion von 4 cm während der Ausschälung unbemerkt vorgenommen worden war, und zwar lag der Ureter nach außen hin vom Tumor und war nach rechts mit ihm zusammen abgeschoben worden. Dieses resezierte Stück wurde am exstirpierten Tumor gefunden, und zwar verlief es am vorderen und äußeren Rande der unteren Hälfte und war von einem sehr derben, breiten Gewebsband fest an die Zystenwand angelötet. Die Resektion war nur so zu erklären, daß man die Ausschälung links in solcher Tiefe vornehmen mußte, um den unteren Pol frei zu bekommen, daß dabei der durch eine Gewebsplatte an dem seitlichen Umfang fixierte Ureter (disloziert) mit abgeschoben und bei Durchtrennung der derben Gewebsbrücke mitgefaßt wurde. Es wurde nunmehr eine Ureterostomie gemacht. Dazu wurde der periphere Abschnitt von innen aus beiderseits

seitlich inzidiert und dann nach Anlegung von zwei Fixationsnähten der zentrale Stumpf in den peripheren invaginiert. Trotz der großen (5 cm) Resektion ließen sich die Stümpfe gut aneinander bringen. Eine Einführung eines Ureterkatheters intra operationem von der Blase aus gelang nicht. Längere Beobachtung zeigte, daß die Ureternaht scheinbar dicht war. Bei gefüllter Blase verschwand die Nahtstelle hinter dieser. Die Spannung war mäßig und wurde bei der nun folgenden Peritonealisierung noch dadurch verringert, daß man den Cervixstumpf dem Spermatikalstiel möglichst näherte (schirmartiges Zusammenfalten der Ligamentumstümpfe beiderseits). Der Uterusstumpf wurde mit Muskelnaht geschlossen und mit viszeralem Peritoneum bedeckt, sodann die Ränder der Ligamenta lata an die Cervixkante und an die Reste des Infundibulo pelvicum herangezogen. Weitere Peritonealisierung und Schichtnaht der Bauchdecken. Die Katheterisierung der Blase ergab klaren, nicht blutigen Urin.

Vom Verlauf der Rekonvaleszenz war zu sagen, daß die Patientin spontan urinierte. Sie war bis auf eine morgendliche Temperatursteigerung von 38° am dritten Tage nach der Operation temperaturfrei, hatte keine urämischen Symptome, der Urin enthielt anfangs Albumen, mikroskopisch ausgelaugte Erythrozyten und Leukozyten und einige hyaline Zylinder. 9 Tage nach der Operation war der Urin o. B. Mit Ausnahme von leichten Schmerzen im linken Hypogastrium und an der linken Nierengegend hatte die Patientin keine Klagen. Ein Tastbefund in der Gegend der linken Niere war nie vorhanden. 12 Tage nach der Operation wurde ein zystischer, nicht schmerzhafter Tumor festgestellt, der das rechte Scheidengewölbe zwischen Blase und Cervix vorwölbte, und der bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels reichte. Eine Probepunktion durch die Bauchdecken ergab 5 ccm seröse, nicht urinöse Flüssigkeit, deren Sediment allerdings für Urin zu sprechen schien (massenhaft Leukozyten, große granulierte Zellen, Erythrozyten). Die aufgestellte Kjelldalsche Probe war jedoch negativ. Unter resorbierender Behandlung Zurückgehen des zystischen Tumors (Stumpfexsudat). Eine Zystoskopie am 13. Tage nach der Operation zeigte eine mäßige Injektion des Trigonum und einige Petechien. Die Funktion beider Ureterostien konnte einwandfrei nachgewiesen werden. Rechts ließ sich ein Ureterkatheter bis ins Nierenbecken einführen, links dagegen stieß man in einer Höhe von 7 cm auf ein Hindernis. Es wurde davon abgesehen, dies forziert zu überwinden. Trotz Durchgängigkeit des Katheters wurde

nichts entleert, dagegen wurde ca. 3 ccm Urin angesaugt. Am Katheter und im Urin je eine Flocke. Einer Chromozystoskopie und einer Wiederholung setzte die Patientin, die reichlich psycholabil war, absoluten Widerstand entgegen. Die Patientin wurde auf ihren dringenden Wunsch am 19. Tage nach der Operation entlassen. Das rechte Infiltrat war beträchtlich zurückgegangen, das linke Parametrium war wie von Anfang an frei. Eine Hydronephrose war nicht vorhanden, das Allgemeinbefinden war gut; ist es auch weiter geblieben.

Im Anschluß an diese Ausführung bringe ich zwei Bilder, das nebenstehende zeigt das ganze Präparat, bestehend aus der rechten Parovarialzyste, dem supravaginal abgesetzen Uterus und der linken Zyste mit dem an der vorderen Seite festgelöteten (zwischen den beiden oberen Fäden) resezierten Ureter. Das untenstehende Bild zeigt die linke Zyste getrennt von dem übrigen Präparat, von vorn unten gesehen. Der Ureter ist an beiden Enden weiß unterlegt, das untere Ende ist deutlich erkennbar, während der übrige Verlauf oberhalb der kleinen, eröffneten Nebenzyste durch die Einbeziehung in die Zystenwand verdeckt wird.



uterus
par zyst
par zyst
uret
ende

Fall III.

W. E., 40 J., verheiratet. Eingeliefert am 20. Januar 1927. Vom 18. auf 19. Januar traten bei der Patientin in der linken Unterbauchgegend starke Schmerzen auf; kein Fieber, kein Erbrechen, sonst hatte die Patientin nur über dicken, weißen Ausfluß zu klagen. Seit einigen Jahren war die Periode unregelmäßig. Das Intervall war meist 3 Wochen, die Dauer 3—5 Tage. Blutung stark.

Frühere Krankheiten: Als Mädchen Blinddarmentzündung (nicht operiert). 1919 Grippe, Lungenentzündung und Rippenfellentzündung. August 1921 wurde von der Scheide aus ein Abszeß (Douglas ?) punktiert, dabei sei die Blase verletzt worden. Es wurden damals ¾ Liter Eiter abgelassen und Patientin erhielt Dauerkatheter. 4 Tage nach der Operation sei angeblich nochmals beim Tamponieren die Blase verletzt worden. Der Urin war stets übelriechend und eitrig, zeitweise krampfartige Schmerzen in der Blase. Im Juni 1926 wurde Patientin wegen ihrer Beschwerden der Chirurgischen Abteilung überwiesen. Sie wurde dort operiert und zwar wurde intra operationem ein parovarialer Tumor entzündlicher Genese festgestellt, der mit der Blase kommunizierte. Es wurde angenommen, daß diese Fistel durch die frühere Punktion zustande gekommen war. Der durch die lange Eiterung und eitrige Zystitis bedingte elende Zustand der Patientin ließ den Chirurgen an der Durchführbarkeit einer radikalen Operation oder überhaupt der Möglichkeit, einen größeren Eingriff zu überstehen, zweifeln; daher wurde die Wandung des Tumors in einer Ausdehnung von ca. 7 cm in das Parietal-Peritoneum eingenäht und nach einigen Tagen in einer zweiten Sitzung gespalten, wobei sich Eiter entleerte. Postoperativ entwickelte sich ein Abszeß, der von den Bauchdecken aus in die Tiefe ging. Dieser wurde eröffnet und drainiert. 1 Monat nach dieser Operation Röntgenaufnahme mit Hilfe einer intrauterinen Sonde und einer Injektion von Jodipin in die Abszeßhöhle. Das Bild wurde diagnostiziert, und zwar entweder als verjauchtes Myom oder als Parovarialzyste ohne Zusammenhang mit dem Uterus. Die Patientin wurde damals mit der künstlichen Bauchfistel entlassen.

Kein Partus.

20. Januar 1927. Es handelt sich um eine mittelgroße, kräftige Patientin, Lungen o. B. Am Herzen war außer einem zweiten, verstärkten Ton nichts festzustellen. Das Abdomen war weich, nicht druckempfindlich. In der unteren Medianlinie eine Narbe mit einer Fistelöffnung. Gynäkologisch war

der Uterus nicht deutlich herauszutasten, dagegen fühlte man einen Tumor, der anscheinend mit den Bauchdecken durch einen kurzen Strang verwachsen war und mit der Fistel in Verbindung stand. Eine Zystoskopie ergab eine normale Blase mit einer unterhalb der linken Ureteröffnung gelegenen weißlichen, hirsekorngroßen Narbe. Ein Versuch, Methylenblau von der Fistel aus in der Blase erscheinen zu lassen, schlug fehl. Die Beobachtung der Patientin ergab ferner eine leichte Diabetes, außerdem trat bei den einige Tage nach der Aufnahme auftretenden Menses aus der Fistelöffnung etwas Blut. Da die Patientin sich sehr schwach fühlte, wurde sie noch einige Tage konservativ behandelt und dann zur Operation geschritten. Es wurde zunächst die Hautnarbe mit der Fistelöffnung bis auf die Faszie herausgeschnitten und dann nach Abschiebung des Muskels das Peritoneum eröffnet. Netzzipfel wurden, soweit adhärent, abgeschoben oder durchtrennt. Der Situs war dann folgender. Der Uterus war nach rechts gedrängt, links lag der jetzt sehr viel kleinere Tumor, den man bei der ersten Operation auf der Chirurgischen Abteilung eingenäht hatte, mit lang ausgezogener Fistel nach dem umschnittenen Bauchwandstück ziehend. Es wurde dann rechts der Muskel durchtrennt und dann das Bauchfell auch hier eröffnet, so daß das gesamte Bauchdeckenstück, das die künstliche Fistel trug, frei wurde. Die Blase ging links auf den Uterus über und zeigte außerdem darüber einige ausgezogene, segelartige, leicht durchtrennbare Verwachsungen. Das linke Ligamentum rotundum lief an den Tumor, die rechten Adnexe waren nicht sichtbar, vielmehr war das Ligamentum infundibulo-pelvicum sehr tief gelegen. Rotundum und infundibulo-pelvicum wurden nun rechts durchtrennt. Es wurde dann rechts durch die Uterussubstanz hindurchgegangen, um den Komplex von dort aus auszulösen. Auf der linken Seite war der Infundibularstiel schwer zu finden, über ihm zog ein bleistiftdickes Gebilde (Vene, Ureter?), das peinlich geschont wurde. Es gelang allmählich, aus dem chronisch-entzündlichen Gewebe das tiefliegende, zystisch degenerierte Ovar zu lösen. Rechts wurde ein Ovarialrest zurückgelassen. Schichtweise wurde dann der Tumor-Uteruskomplex nun auch von links her umstochen und durchtrennt. Dabei wurde der die Blasennarbe deckende Anteil als Kalotte auf dieser Stelle gelassen. Peritonisierung gelang ganz gut. Peritonealnaht. Muskelmatratzennähte, Fasciennaht, Hautklammern. Die Patientin überstand den Angriff sehr gut; außer geringer Temperatur während der Rekonvaleszenz,

einer Zystitis und einer Infiltration des Uterusstumpfes, verlief die Rekonvaleszenz ungestört. Patientin konne am 36. Tage nach der Operation als geheilt entlassen werden.

Fall IV.

H. Ch., 35 J., verheiratet. Eingeliefert: 2. Mai 1927. Pat. klagt seit 8 Tagen über Schmerzen im rechten Unterbauch, bisweilen nach rechts oben ziehend. Menses regelmäßig, alle zwei Wochen, 2—8 Tage lang, kein Partus. Anamnestisch: Malaria mit 7 Jahren, 1926 Behandlung wegen Leber- und Milztumor im Allerheiligenhospital. Es konnte nicht festgestellt werden, ob ätiologisch eine latente Lues oder eine überstandene Malaria in Frage kam. 1926 operative Entfernung des linken Ovariums wegen einer kindskopfgroßen Tubo-Ovarialzyste. —

Es handelte sich um eine mittelgroße Patientin in gutem Ernährungszustand. Herz und Lungen o. B. Abdomen: Leber- und Milztumor. Untere Medianschnittnarbe. Im rechten Meso- und Hypogastrium ein sehr druckempfindlicher, prall elastischer Tumor, der scheinbar aus dem kleinen Becken herausgestiegen war. Gynäkologisch zeigte sich ein leicht druckempfindlicher, anteflektierter, etwas sinistroponierter Uterus. Dicht an der rechten Uteruskante angelagert, entwickelte sich nach rechts hin ein großer zystischer, verschieblicher Tumor. Die Diagnose lautete Ovarial- oder Parovarialzyste. Eine Beobachtung der Patientin ergab einen positiven Wa-R. Es wurde eine spezifische Kur begonnen und im Verlaufe dieser zur Operation geschritten. Zunächst wurde rechts von der alten Narbe in der Mittellinie eingegangen und die zahlreichen Netzverwachsungen gelöst. Der Tumor präsentierte sich als eine etwa straußeneigroße, mißfarbige Zyste, die ziemlich stark mit der Umgebung verwachsen war. Diese Zyste lag intraligamentär und war medialwärts innig mit der Wand des Uterus verbunden. Bei Spalten des Peritonealüberzuges Verletzung der dünnen Zystenwand, dabei entleerte sich unter hohem Druck ihr wasserklarer Inhalt. Die der Zyste angrenzende Uteruspartie wurde mit entfernt, so daß eine hohe supravaginale Amputation entstand. Nahtschluß des Stumpfes, Schluß der Bauchdecken in üblicher Weise.

Am Tage nach der Operation unter Temperaturanstieg Auftreten einer diffusen Bronchitis beiderseits. Zwei Tage nach der Operation Ikterus. Am 6. Tage nach der Operation war der Ikterus abgeblaßt. Es trat aber eine ganz oberfläch-

liche, eitrige, seröse Wundsekretion auf. 39 Tage post operationem konnte Patientin geheilt entlassen werden.

Hier scheinen die entzündlichen Erscheinungen auch durch Thrombosen und deren Folgen erklärt zu sein; ein Stiel war nicht vorhanden.

Fall V.

W. P., 42 J., verheiratet. 11. Mai eingeliefert: Klagte seit 4 Tagen über Schmerzen im Unterleibe und Kreuzschmerzen. Außerdem war die Periode, die sonst regelmäßig alle vier Wochen von 4—5 Tagen Dauer aufgetreten war, März, April und Mai ausgeblieben. Seit dem Aufnahmetag blutete Patientin. Anamnestisch hatte Patientin 1908 einen Alexander-Adams durchgemacht. Seit 10 Jahren war sie gallenleidend. 2 Partus, 1 Abort.

Es handelte sich um eine mittelgroße Patientin in gutem Ernährungszustand. Lungen und Herz o. B. Ebenso das Abdomen. Gynäkologisch zeigte sich der Uterus retroponiert, ziemlich mobil. Corpus nach rechts gedrängt, anteflektiert, schmerzhaft. Links davon tastete man eine von ihm deutlich abgesetzte, sehr mobile, prall elastische, etwas druckempfindliche, gänseeigroße Zyste. Operativ wurde durch einen kleinen unteren Medianschnitt die Bauchhöhle eröffnet. Links präsen-

uter
ende

Hydrosalpix

tierte sich eine hühnereigroße Zyste; die Gefäße auf ihr kreuzten sich. Über den Tumor zog die Tube bis ins kleine Becken, diese war in der einen Hälfte über 1 Finger dick (Hydrosalpinx). Das Ovar war nicht aufzufinden, die Zyste entwickelte sich subperitoneal, so daß die Mesosalpinx entfaltet war, die tieferen Schichten des Ligamentum latum aber nicht betroffen waren. Die Zyste ließ sich gut ausschälen, mit ihr auch die geschlossene Tube entfernt. Peritonealisierung. Der Uterus war klein und erschien nicht gravide. Schluß der Bauchdecken. Die Rekonvaleszenz verlief vollständig ungestört, Patientin war fieberfrei und wurde 20 Tage nach der Operation geheilt entlassen. Bild des entfernten Präparates anschließend.

Fall VI.

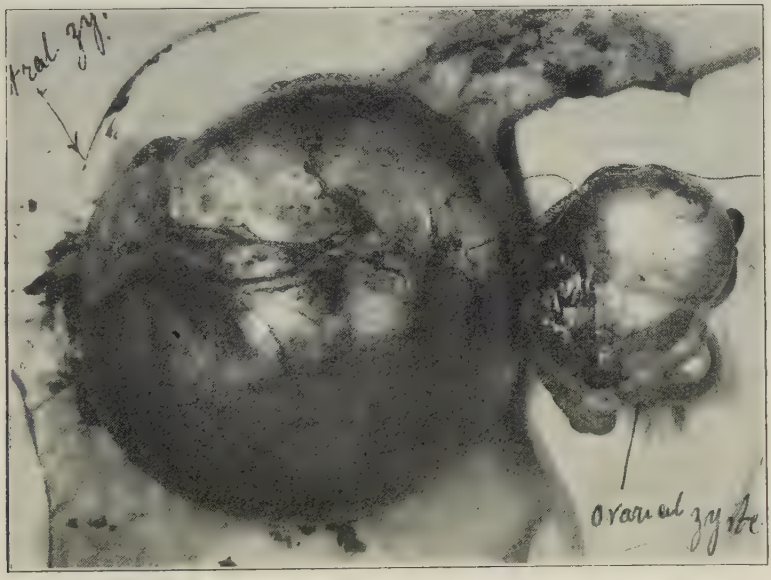
S. I., 46 J., verheiratet. Aufgenommen am 25. Mai 1927. Patientin bemerkte seit einem Jahre zunehmende Stärke des Leibes, seit einigen Wochen Harndrang und Druck in der Magengegend. Der Kassenarzt wies Patientin wegen Gebärmuttergeschwulst ein. Klimakterium seit 4 Jahren, ohne daß wieder Blutung aufgetreten war. 1917 war Patientin in Behandlung wegen Hautkrebs im Gesicht, sie wurde bestrahlt. 1 Partus.

Es handelte sich um eine mittelgroße Patientin in geringem Ernährungszustand. Herz und Lunge o. B. Im Abdomen tastet man einen großen, soliden, rundlichen Tumor, dessen höchster Punkt 3 Querfinger oberhalb des Nabels stand; er schien gut verschieblich zu sein und machte vorwiegend einen glatten, teilweise auch grobknolligen Eindruck. Seine Berührung war schmerzhaft. Gynäkologisch zeigte sich eine durch einen knolligen, den ganzen Douglas ausfüllenden Tumor bis hinter die Symphyse gehobene Portio. Der Uterus war von dem Gesamttumor nicht zu trennen. Rektal kam man beiderseits an eine große, knollige Tumormasse. Das Rektum selbst war vorgedrängt, aber über der Tumormasse verschieblich.

Operation: Ausgiebiger unterer Medianschnitt. Es präsentierte sich eine riesige, weit über mannskopfgroße (über 9 Pfund schwere) Zyste, auf deren Peritonealüberzug sich die Gefäße mit den darunter liegenden des Tumors kreuzten. Die Tube war infolge völliger Entfaltung der Mesosalpinx flach auf den Tumor aufgeklatscht und lang ausgezogen. Da aber dieser fast völlig nach der Bauchhöhle zu entwickelt war, gelang es, ihn vor die Bauchdecken zu wälzen. Der Stiel wies

eine leichte Drehung auf, so daß der Uterus auf die linke Kante gestellt war. Das Ligamentum war nur in seinen obersten Abschnitten entfaltet. Nach Unterbindung der beiden Adnexstiele wurde der Tumor abgesetzt und das entfaltete Ligamentum zur Versenkung der Stümpfe benutzt. Der Uterus selbst war klein und grazil. Das kleine Becken wurde weiterhin von einem kleinen, vielkammerigen, grobgebuckelten Ovarialkystom (1 Pfund schwer) ausgefüllt, das sich leicht luxieren ließ. Hier war die Mesosalpinx erhalten, nur die Fibria ovarica lag dem Tumor eng an. Jenseits des Ligamentums erfolgte die Umstechung und Durchtrennung. Peritonisierung der Stümpfe, Schluß der Bauchdecken in üblicher Technik. Die Rekonvaleszenz verlief ohne jegliche Störung, die Patientin war temperaturfrei und wurde 21 Tage nach der Operation mit primär geheilter Wunde entlassen. Anschließend ein Bild der exstirpierten Parovarialzyste und des Ovarialtumors (hängen nicht zusammen).

intral. zyste



Die Tabelle am Schlusse berichtet über das gesamte Material.

Es wurden also in einem Zeitabschnitt von 14 Jahren 50 Fälle von Parovarialzysten operiert. Eine Beobachtung

über die verschiedenen Lebensalter in den beschriebenen Fällen zeigte im Alter

zwischen	10—20	Jahren	1	Parovarialzyste
„	20—30	„	22	„
„	30—40	„	40	„
„	40—50	„	12	„
„	60—70	„	1	„

Man kann aus dieser Aufstellung erkennen, daß die Parovarialzysten besonders das geschlechtsreife Alter bevorzugen. Sie können jedoch in jedem Lebensalter vorkommen, wenn auch die Kurve im niederen und im höheren Alter eine absteigende Tendenz zeigt. Berücksichtigt muß dabei werden, daß diese Zahlen immerhin nur die Zeit des klinischen Nachweises, nicht aber die Zeit der Entstehung angeben. Geboren hatten von diesen erwähnten Patientinnen 14 überhaupt nicht, 16 einmal und 20 mehrmals. —

Über die Symptome, die durch Parovarialzysten hervorgerufen werden, können wir sagen, daß nur 9 ohne Angabe von Schmerzen eingeliefert wurden. In den übrigen 41 Fällen wurden Schmerzen in der entsprechenden Bauchseite und z. T. Kreuzschmerzen angegeben. Die Menstruationsverhältnisse waren nur in 5 Fällen durch unregelmäßiges Auftreten gestört; sonst war sowohl Intervall als auch Dauer regelmäßig. — Fernerhin zeigt die Tabelle, daß unter 50 Fällen nur bei 5 ein Auftreten von Parovarialzysten beiderseits festgestellt werden konnte. Es scheint also, daß das gleichzeitige Befallensein beider Seiten selten ist. Wichmann fand unter 53 beschriebenen Fällen keine beiderseitige. Lippert beobachtete unter 22 Fällen nur einen doppelseitigen, dagegen aber behauptete Matti und Pfannenstiel, daß das Vorkommen von kleinen Zysten auf der entgegengesetzten Seite häufiger ist. Im übrigen saßen bei den beschriebenen Fällen 17 rechts- und 28 linksseitig.

Die Diagnose wurde mit Ausnahme von 4 Fällen auf eine Zyste gestellt, wobei allerdings die Frage, ob Ovarial- oder Parovarialzyste, offengelassen wurde. Es konnte nämlich niemals sicher die nur für Parovarialzyste typischen Tastbefunde erhoben werden. Bei den 4 nicht richtig diagnostizierten Fällen wurde zweimal eine Extrauteringravidität und zweimal ein Uterus myomatosus angenommen. Ovarialzysten wurden zusammen mit Parovarialtumoren in 7 Fällen beobachtet.

Operativ sind in diesen von mir beschriebenen Fällen die Parovarialzysten in 7 Fällen vaginal und 43 abdominal ange-

gangen worden. Es wurde dabei die Zyste im allgemeinen durch Eröffnung des Ligamentum latum stumpf ausgeschält, am Stiel unterbunden und dann entfernt. Die Tube und das Ovarium wurde, falls sie nicht verändert waren, zurückgelassen. In mehreren Fällen mußte durch die tiefe Lage der Parovarialzyste der Ureter und die großen Gefäße der entsprechenden Seite freigelegt werden. In einem Falle sogar war durch die unglückliche Lage des Ureters derselbe versehentlich reseziert worden; nach Naht erfolgte aber glatte Heilung.

Zusammenfassend muß man sagen, daß das operative Angehen der Parovarialzyste bei richtiger Technik nicht sehr schwierig ist, allerdings besteht bei tief entwickelten Zysten immer die Gefahr der Verletzung von Ureter und großen Gefäßen. Die Prognose ist günstig zu stellen. In allen Fällen wurden die Patienten geheilt entlassen. Ein Einfluß auf die sonstigen Sexualfunktionen konnte nicht festgestellt werden, konnte doch nach 3 Jahre zurückliegender Operation ein Partus mit lebendem Kinde spontan beendet werden. Auch die sonstigen Nachuntersuchungen ergaben keine Klage der Patienten.

———————

Am Schlusse dieser Arbeit gestatte ich mir, Herrn Geheimrat Professor Dr. Robert Asch und Herrn Oberarzt Dr. Koerner für die Anregung und die Unterstützung bei dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Kobelt, Der Nebeneierstock des Weibes. Julius Groos. Heidelberg 1847.
2. Recklinghausen, Die Adenomyome und Kystome des Uterus und der Tube. Berlin 1896.
3. Schickele, Virchows Archiv CLXIX S. 44.
4. Wichmann, Literatur zur Kenntnis der Parovarialzysten. Eine pathologisch-anatomische und klinische Studie. Akadem. Abhandlungen. Berlin 1911.
5. Frankl, Pathologie, Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalorgane. Leipzig 1904.
6. Payer, Monatsschrift für Geb. und Gynäk. XIV S. 745.
7. Pfannenstiel, Die Erkrankungen des Eierstockes und Nebeneierstockes in Veits Handbuch. 2. Aufl. IV.
8. Matti, Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1909 S. 561.
9. Delore, Presse med. 28 Aout 1912 S. 718; ref. Frommels Jahresbericht 1912 S. 318.
10. Lawson Tait, ref. Zentralblatt f. Gynäk. 1891 S. 64.
11. Werth, Münch. med. Wochenschrift 1895 S. 765.
12. Häggström, Acta Gynaecologica Scandinavica 1923, II. Fasc. I. S. 47.
13. Goldschmidt, Monatsschrift f. Geb. und Gynäk. XXXIV S. 687.
14. Czyzewicz jun., Zentralblatt f. Gynäk. 1907 S. 1583.
15. Zacharias, Zentralblatt f. Gynäk. 1910 S. 1222.
16. Häfner, Zentralblatt f. Gynäk. 1921 S. 85.
17. Achoff, Zwei Fälle. Monatsschrift f. Geb. und Gynäk. IX S. 25.
18. Pick, Virchows Archiv 1899, CLVI S. 507
19. Lippert, Beitrag zur Klinik der Ovarialtumoren. Dissertation, Leipzig 1905.

20. Koßmann, Anatomie und Pathologie des Nebeneierstockes in A. Martin, Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierstöcke. Leipzig 1899.
21. Goergens, Schwangerschaft, Adnextumoren und Ileus. Dissertation, Bonn 1912.
22. Ranzi, Berl. Klin. Wochenschrift 1908 S. 19.
23. Stoeckel, Zentralblatt f. Gynäk. 1916 S. 446.
24. Nürnberger (Halbernseitz), Erkrankungen des Nebeneierstockes. S. 179.
25. Heil, ref. Monatsschrift f. Geb. und Gynäk. XXXVIII S. 403.
26. Talmey, Med. Rec. 1900, September 1922.
27. Brunet, Zeitschrift f. Geb. und Gynäk. Bd. 53 S. 509.
28. Spanton, Demonstration am 14. März 1907 in der Brit. Gyn. Soc. Ref. Zentralblatt f. Gynäk. 1908 S. 306.
29. Beckmann, Monatsschrift f. Geb. und Gynäk. Bd. 74 und 75 S. 541. 1926.

lfd. Nr.	Name	Nr. des Krankenblattes	Alter	Wieviel Gebärende	Menstruationsverhältn.	Sonstige Krankheiten	Sitz des Tumors	Größe des Tumors	Kombination m. d. übrigen Tumoren	Verhalten d. Ovar. z. Tumor
1	Z.	220/13	21	0	regelm. 28 Tg. 4—5 „	keine	rechts	kleinfaustgroß	—	normal
2	H.	149a/13	31	III	regelm 28 Tg. 3 „	keine	rechts	überfaustgroß	gr. Hydrosalp. lks.	normal
3	W.	125a/13	28	II	regelm 28 Tg. 4—5 „	1909 Prolaps-Oper.	links	hühnereigroß	—	normal
4	K.	302/13	35	I	regelm. 28 Tg. 4—7 „	Oophoritis Wanderniere	links	apfelgroß	—	normal
5	S.	436a/13	26	0	regelm. 28 Tg. 3—4 „	Gelenkrheum.	links	über mannsfaustgroß	—	normal
6	P.	511a/13	25	0	regelm. 28 Tg 3—4 „	Peneumon. Pleuritis	links	zweifaustgroß	—	Oophoritis sinistra Verwachs. m. d. Zyste
7	R.	75/13	32	III	regelm. 28 Tg. 5 „	Retroflexio-Vorfall, Lap. weg Eierstockgeschwulst 4 Wochen vor Aufnahme	links	faustgroß	—	normal
8	K.	70a/14	20	0	regelm. 28 Tg. 4 „	keine	rechts	kleinfaustgroß	unterh. d. Par.-Zyste nochmals eine größere Zyste	normal
9	P.	175/15	37	5 1 Abort	regelm. 28 Tg. 3 „	keine	rechts	überfaustgroß	Periton. Abszeß	kl. faustgroß Zyst. Ovar.

Verhalten d. Ureters z. Tumor	Makroskop. Bild des Tumors	Symptome	Operationen	Komplikationen	Ausgang d. Op.	Zysten-Inhalt	Besonderheiten
Keine Beziehng. d. Tumors z. Uret.	kl. faustgroß, durchscheinende typ. intralig. liegende Zyste	Schmerzen i. r. Unterleib seit d. letzten Menses	Abdominal Zystektomie Salpingo-oophorektomia dextra	Adnexverwachsung m. Netz	geh.	serös gelblich	einseitig (klin. Diagn. extrauterin. Grav.)
desgl.	Tumor geht über d. Rect. über faustgroß u. hebt d. Rect. ab	Schmerzen i. r. Unterleib	Abdominal, Zystektomie, supravagin. total. Exstirpation	Uterus durch Zysten nach lks verlagert	geh.	serös	einseitig
desgl.	Stielgedreht 360° blutig durchtränkt. Tube lang ausgezogen	Plötzlich heftige Schmerzen i. d. lk. Seite. Letzte Menses zu früh	Kolpotomia posterior, Zystektomie	Peritonitis exsudativa	geh.	blutig-serös	einseitig
desgl.	Parovarialzyste intraligamentär	Kreuzschmerzen hier u. da	Kolpotomia post. Zystektomie, Salpingo-oophorektomia sinistra	keine	geh.	serös	einseitig
desgl.	Zyste m. Auszackung i. Douglas (Paro varialyste)	Vergrößerung d. Leibes. Beim Gehen Druck im Leibe, Kopfschmerz	Abdominal Zystektom. Salping. oophorektm. sin.	keine	geh.	klar-hell	einseitig
desgl.	Zweifaustgroß rundlich, prall elastische Parovarialzyste	Schmerz i. d. lk. Seite, Fieber	Abd. solutio adhäs. Salping. oophorektomia sin., Zystektom. sin. Salpingoektom dextra	Salpingitis dextra u. Adhäs. dieses m. Darm u. Netz- u. Lig. lat. feste Verwachs. d. lk. seit. Tumors m. d. Umgebung	geh.	gelb-grün wenig trübe	einseitig
desgl.	Typ. parametral gelegene Parovarialzyste	Unterleib- und Kreuzschmerz. Appetitlosigk. u. allg. körperl. Schwäche.	Vagin. radik. Operat. Zystektom. links	keine	geh.	serös	einseitig
desgl.	Kompliziert, verzweigt, multilokulär	Schmerzen i. Unterleib, bes. r., Vergrößerung d. Leibes	Zystektom, total. Uterusexstirp.	Verwachsng. m. Sidmoig, Blase und Douglas. Beide Tub. sind i. d Tumor aufgegangen	Narbenabszeß, entlass., gebessert	klar-gelb	einseitig, Konglomerat Tumor
Bei Ausschälung des Tumors wurde d. Ureter freigelegt	Parovarialzyste	Unterleib- und Kreuzschmerzen	Abdom. Salpingoektomia dextra, Zystektom. dextra	Append. Abszeß	geh.	serös	einseitig

Lfd. Nr.	Name	Nr. des Krankenblattes	Alter	Wieviel Gebärende	Menstruationsverhältn.	Sonstige Krankheiten	Sitz des Tumors	Größe des Tumors	Kombination m. d. übrigen Tumoren	Verhalten d. Ovar z. Tumor
10	N.	733a/15	32	I	regelm. 28 Tg. 3—4 „	Oper. i. Unterleib wegen eines Gewächses	rechts	faustgroß	m. Ovarialzyste	Ovarialzyste geht in Parovarialzyste über
11	H.	754a/15	42	I	unregelm. 2—3 Woch. 4—5 Tg.	Lungenkrank	beiderseits	l. mannskopfgroß, r. apfelgroß	—	Ovarien beiderseits nicht mehr aufzufinden
12	O.	872a/15	36	I	regelm. 28 Tg. 3—4 „	keine	beiderseits	r. faustgroß, l. kleinapfelgroß	—	normal
13	K.	410/16	28	I	unregelm. 2—3 Woch. 2 Tg.	keine	rechts	kleinapfelgroß	—	verwachsen
14	Sch.	1014a/15	28	IV	regelm. 28 Tg. 3 „	keine	links	faustgroß	—	normal
15	R.	71a/16	28	I	unregelm. 21 Tg. 8 „	Nierenentzündung	rechts	kleinapfelgroß	—	lk. Ovar., Zystis degen.
16	W.	549a/16	44	0	regelm. 25 Tg. 3 „	Nervenleiden	beiderseits	kindskopfgroß	—	normal
17	L.	597a/16	46	I	regelm. 28 Tg. 5 „	keine	links	faustgroß	Myoma Uteri	normal
18	J.	72/17	26	0	regelm 28 Tg. 2—4 „	Magenleiden	links	kindskopfgroß	—	normal
19	H.	353/17	38	III 1 Abort	regelm. 28 Tg. 8 „	Pleuritis	links	kindskopfgroß	—	normal
20	E.	897a/16	34	0	regelm. 21 Tage 4—5 „	Lungenspitzenkatarrh	links	gänseeigroß	—	normal

Verhalten d. Ureters z. Tumor	Makroskop. Bild des Tumors	Symptome	Operationen	Komplikationen	Ausgang d. Op.	Zysten-Inhalt	Besonderheiten
der r. Ureter wird freigelegt	vevwachsene Parovarialzyste, Tube intakt	Blutung, Leib- u. Kreuzschmerzen	Abdom. Amputatio uteri, supracervikal. und Zystektomie	Verwachsg. r. m d. Umgebg.	geh	serös	einseitig
keine Beziehung	beiders. Parovarialzyste	Anschwellen des Unterleibs, Beschwerden b. Wasserlassen	Zystektomie duplex	Verwachsg. d. lk. Zyste m. d Darm	geh.	lks. gallertartig, r. schokoladenbraun	beiderseits
Freilegung des l. Ureters	beiders. Parovarialzyste	Leib schwillt an, Blutung	desgl.	keine	geh.	serös	beiderseits
keine Beziehung	rechtss. Parovarialzyste	Schmerzen rechts im Leib	Abdom. Salpingo-oophorektomia duplex	lk. alte Piosalpinx m. schweren Verwachsg.	geh.	serös	einseitig
desgl.	linkss. Parovarialzyste	Schmerzen im Leib	Kolpotomia post. Zystektom. linkseitig	Stieldrehung	geh.	serös	einseitig stielgedreht
desgl.	kl. Parovarialzyste rechts	Unterleibsschm., Schwindel, Kopfschmerzen	Kolpotomia post, Zystektom. dextra und Ovarekt. sin.	lks. Ovarialzysten	geh.	serös	einseitig
desgl.	große Zyste in Verbindung mit Ovarium, Uterus und Tube	Anschwellung d. Unterleibes u. Schwellung beider Beine	Hysterosalpingo-oophorektom. dupl., supracervikalis	keine	geh.	serös	einseitig
desgl.	Typ. Parovarialzyste	Blutung	Hysterosalpingo-oophorektom. sin. vagin.	keine	geh.	serös	einseitig
desgl.	Typ. Parovarialzyste	linksseitig Schmerzen	Abdom. Zystektom. sin.	keine	geh. 3. J. später normale Entbindg.	serös	beiderseits
—	Typ. Parovarialzyste mit mit Verwachsung	Schmerzen im l Unterleib	Salpingo oophorekt sin.	Verwachsung m. d. Umgebung	geh.	serös	einseitig r. Tube verschlossen, wird mit entfernt
—	Typ. Parovarialzyste	Kreuzschmerzen	Kolpotomia post Salpingo-oophorektomia sin.	keine	geh.	serös	einseitig

Lfd. Nr.	Name	Nr. des Krankenblattes	Alter	Wieviel Gebärende	Menstruationsverhältn.	Sonstige Krankheiten	Sitz des Tumors	Größe des Tumors	Kombination m. d. übrigen Tumoren	Verhalten d. Ovar. z. Tumor
21	S.	61a/17	47	III 1 Fehlgeb.	unregelm. 5—6 W. 3—4 Tg.	Appendicitis, Gallenblasenentzünd. Unterleibsoperation	links	kindskopfgroß	Verwachs. m d. Vaginalnarbe	normal
22	F.	555a/17	27	0	regelm. 28 Tg 3—4 „	keine	rechts	kindskopfgroß	—	normal
23	F.	621a/17	39	II 1 Fehlgeb.	regelm. 21 Tg 8 „	keine	rechts	kindskopfgroß	—	normal
24	K	687/17/18	23	III 2 Fehlgeb.	regelm. 28 Tg. 8 „	eingeklemmter Bruch, Operation	rechts	faustgroß	—	normal
25	K.	240a/18	49	0	regelm. 28 Tg. 4 „	keine	links	kindskopfgroß	—	normal
26	R.	431a/18	45	0	regelm. 28 Tg. 3 „	Magengeschwür, Eierstockgeschwulst, Operat.	links	kindskopfgroß	—	normal
27	H.	347a/19	24	I	regelm. 28 Tg. 4—6 „	keine	links	faustgroß	—	normal
28	K.	570a/19	29	I	regelm. 28 Tg. $1^1/_2$ „	Eierstocksentzündungen	links	kindskopfgroß	r. Ovarialzyste, 2 fingerdicke Tube	zystisch degeneriert
29	E.	390a/20	48	V 1 Abort	regelm. 28 Tg. 3 „	Gallensteinoperat, Uterusoperat	links	straußeneigroß	Uterus myom.	normal
30	N.	360a/20	42	IV	regelm. 28 Tg. 4 „	Augenkrank (Trachom)	rechts	mannsfaustgroß	—	verwachsen
31	J.	828a/20	32	I	regelm. 28 Tg. 3 „	Augenleidend	links	gänseeigroß	Ovarialzyste rechts	normal

Verhalten d. Ureters z. Tumor	Makroskop Bild des Tumors	Symptome	Operationen	Komplikationen	Ausgang d. Op.	Zysten-Inhalt	Besonderheiten
—	Typ. Parovarialzyste	Kreuzschmerz., sie fühlt eine Geschwulst	Abdom. Zystektomie	Verwachsung m. d. alten Vaginalnarbe	geh.	serös	einseitig
—	Bläulich gefärbte allseitig verwachsene Zyste	Schmerzen i. d. r. Unterleib	Abdom. Salpingo-oophorektomia dextra	Verwachsung allseitig	geh.	serös	einseitig
—	Typ. Parovarialzyste	Schmerzen i. r. Unterleib	Abdom. Salpingo-oophorektomia dextra	kleine Fadeneiterung	geh.	serös	einseitig
—	desgl.	Schmerzen im Unterleib, bes. links	Abdom. Salpingo oophorektomia dextra	Stieldrehung	geh.	blutig serös	einseitig
Bei Herausschälen d. Zyste wird der Ureter sichtbar	desgl.	Schmerzen im Rücken, Oedem i. beiden Beinen	Abdom. Hystero-Salpingooophorektomia dupl. sup acervicalis	beide Tuben verschlossen u. i. Adhäsionen eingebettet	geh.	serös	einseitig komb. m. beiders. Salpingitiden
—	desgl.	Schmerzen i. d Oberbauchgegd.	Abdom Hystero-Salpingoooophorektomia dupl. supracervicalis	Verwachsung mit Ureter u. kl. Stumpfexsudat p. Operat.	geh.	serös	einseitig Verwachsg. d. Ureters
—	Parovarialzyste, in der die Tube aufgegangen ist	Kreuzschmerz., Brennen b. Wasserlassen. Amenorrhoe	Abdom Salpingo-oophorektomia sin.	—	geh.	wasserklar	einseitig
—	Parovarialzyste	Vergrößerung d. Leibes, Diagn. d. Kassenarztes Graviditas. Mensis 3	Abdom Zystektomia Salpingorektomia dextra	r. kl. Ov.-Zyst. 2 fingerdicke Tube, Stumpfexsudat p. op. Pyelitis, Bauchdeckenabszeß	gebessert gegen Revee	serös	einseitig Diagnose d. Arztes Gravid
—	Typ. Parovarialzyste	Am l. Unterleib Knoten. der s ch vergrößert und alles herausdrückt	Abdom Hystero-Salpingoooophorekt. dupl l Exstirp. eines Gartnerschen Ganges	Pneumonie Douglas Abszeß Urinfistel Wundabszeß	ungeh.	serös	einseitig
—	Bläulich durchscheinende Zyste mit zahlreichen Adhäsionen z. Netz u. Darm u. zu d. übrigen Genitalien	starke Blutung.	Amput. supravag. Zystektomia dextra Adhäs. Blutg. desh. Douglas Drainage	Verwachsung m. d. Umgebg. p. op. Abszeß Stumpfexsudat	geh.	serös	einseitig r. Tube sehr lang u. dick verwachs.
—	Bläulich durchscheinende intraligamentär darüber die lange gezogene Tube	unregelm. Blutung.	Abdom. Salpingo-oophorektomia sin.	r. Ovar verklebt Tube verschloss. Kl. Ovarialzyste	geh.	serös	einseitig

Lfd. Nr.	Name	Nr. des Krankenblattes	Alter	Wieviel Gebärende	Menstruationsverhältn.	Sonstige Krankheiten	Sitz des Tumors	Größe des Tumors	Kombination m. d. übrigen Tumoren	Verhalten d. Ovar. z. Tumor
32	G.	119a/18	25	I	regelm. 28 Tg 7 "	—	beiderseits	faustgroß	—	normal
33	Z.	678a/20	27	0	regelm. 28 Tg. 3 "	—	links	mannsfaustgroß	verdickte Tube	normal
34	K.	140/21	19	0	unregelm. alle 2—3 M. 2—3 Tg. Dauer	—	links	faustgroß	—	normal
35	H.	105a/22	23	0 1 Abort	unregelm. alle 2—4 W. 8—10 Tg.	Nierenentzündung, Lungen- u Eierstocksentzündung	links	hühnereigroß	entzündl. veränderte verdickte Tube	verwachsen
36	K.	214/24	26	III	regelm. 28 Tg. 7 "	Augenentzündung	rechts	wallnußgroß	Haematocelle links	r. Ovarium zystisch degeneriert
37	G.	164/24	34	1 Abort	regelm. 28 Tg. 3—4 "	Entfernung v. 4 Eierstockgeschwulsten Gastroenterostomie Appendektomie	rechts	mannsfaustgroß	Adnextumor	verwachsen
38	S.	252a/25	33	VIII	regelm. 28 Tg. 3 "	—	links	hühnereigroß	—	Ovarium nicht auffindbar, wahrscheinlich ging i. d Zyste über
39	L.	136a/25	30	I 1 Fehlgeburt	regelm. 28 Tg. 3—4 "	Grippe, Operation wegen Ovarialgeschwulst, links	rechts	zweifaustgroß	multiple Adhäsionen m. Serocelle u. Sigmoid	normal
40	W.	256a/25	25	I	regelm. 28 Tg. 3—4 "	Hüftgelenkerkrankung	links	mannskopfgroß	Ovarialzyste beiders.	lk. Ovar. zeigt nach d. Basis d. Zyste zu ein vorspringender Sporn v. Ov. Gew.

Verhalten d Ureters z Tumor	Makroskop. Bild des Tumors	Symptome	Operationen	Komplikationen	Ausgang d. Op.	Zysten-Inhalt	Besonderheiten
—	Typ. beiderseitige Parovarialzysten	Schmerz r. Unterbauch	Abdom. Zystektomia dupl. beiders.	—	geh.	serös	beiders.
—	Typ. Parovarialzyste mit Darm verwachsen	venenartige Schmerzen i. Unterleib	Zystektomia sin.	Darmverwachsg. u. verdickte Tube; Postoperativ. Stumpfexsudat	geh.	z. T. eitrig-gelb, z. T. braun-serös	einseitig
—	doppelt stilgedrehte Parovarialzyste	Schmerz. i. Unterleib lks.; Kopfschmerzen., Schwindel, Fieb.	Abdom. Zystektomia l.	Stielgedreht Parovarialzyste	geh.	serös	einseitig
—	Typ. Parovarialzyste m. Verwachsung m. d. Umgeb.	gelber Ausfluß, Schmerzen i. Unterleib	Salpingooophorektom. sin. Abdom solutio Adhäsion	Verwachsg. m. d. entzündl. Tube u. m. d. lk. Ovarpostoper. hünereigroßer Tumor	geh.	serös	einseitig
—	Typ. Parovarialzyste	Schmerz. währ. d. l. Menses i. lk. Unterbauch, bes. b. Gehen u. Arbeit.	Abdom. Abtrag. l. Adn. Ausräumg. ein. Haematocelle Zystektomia dextra	Parovarialzyste u. Haematocelle entgegengesetzte Seite	geh.	serös	einseitig
—	Typ. Parovarialzyste	Schmerz. i. Unterleib, Fieber, Erbrechen	Abdom. totale Uterusexstirp. m. Adnex	Allg. entzündl. Veränderung, Verwachsg. d. Adnexe	geh.	eitrig	einseitig
—	prall gespannte d. Inn. Blatt d. Lig. lat. eingelagerte u. verwachsene Zyste. darauf die flach getrübte Tube, d. Fibrienende d. Tube ist dem äuß. Schicht. d. Zystenwand breit aufgelagert	Blutungen	Abdom. Extrip. Zystis ovar. et parovar sin.	Verwachsung	geh.	wasserhell	einseitig
—	Typ. Parovarialzyste m. multipler Verwachsung	Schmerzen i. Unterleibsgegd. rechts	Abdom., solutio Adhäs Zystektomia dextra supravagin. amputat. d. Uterus	Stumpfexsudat	geh.	serös	einseitig
—	Parovarialzyste, siehe Verhalten d. Ovars. z. Tumor	Schmerzen b. Wasserlassen u. Postcoit.	Abdom., Zystektomia	Postoperat. Infiltrat l.	geh.	wasserklar	einseitig

Lfd. Nr.	Name	Nr. des Krankenblattes	Alter	Wieviel Gebärende	Menstruationsverhältn.	Sonstige Krankheiten	Sitz des Tumors	Größe des Tumors	Kombination m. d. übrigen Tumoren	Verhalten d. Ovar. z. Tumor
41	M.	12a/26	21	I	regelm. 26—28 Tg. 3—4 „	Rippenfellentzg.	links	kindskopfgroß	Verwachsg. m. Appendix, Entzündl. beiders. Adnextumoren, ausgedehnte Dünndarmverwachsung	Ovar nicht zu Differenzieren
42	L.	36/26	32	III	regelm. 28 Tg. 6 „	Appendektomie Lungenentzg.	beiderseits	r. zweifaustgroß. l. faustgroß	—	normal
43	St.	21a/26	50	IV	regelm. 28 Tg. 3 „	Lues	rechts	übermannsfaustgroß	l. mehrkammerige Ovarialzyste	Ovarialzyste
44	F.	66a/26	72	I	Menopause	keine	links	überkindskopfgroß	Ovarialzyste l., r. hühnereigroß, Dermoid	Zystisch degeneriert
45	K.	268a/26	28	II 1 Abort	regelm. 28 Tg. 4 „	Appendicitis Oophoritis	rechts	kirschgroß	—	Zystisch degeneriert
46	M.	271a/26	26	I	regelm. 28 Tg. 5—6 „	Typhus Lues	links	hühnereigroß	Große Serocelle	normal
47	W.	319/26	40	0	regelm. 28 Tg. 3—4 „	Blinddarmentzündg. Rippenfellentzg. Absz. i. Unterleib, Sepsis	links	mannskopfgroß	—	chronisch endzündl. zystisch
48	W.	57a/27	42	II 1 Abort	regelm. 28 Tg. 4—5 „	Engl. Krankh. Op. Alexander Adams. Gallenleiden	links	gänseeigroß	Hydrosalpinx	Ovarium nicht auffindbar
49	S.	64/27	46	I	regelm. 28 Tg. 3 „	Hautkrebs u Gelenkrheumatismus	links	übermannskopfgroß 9 Pfd. schwer	Multilokuläre Ovaryzystom r. (kindskopfgroß 1 Pfd. schwer)	Ovarium nicht zu finden
50	H.	41a/27	35	—	regelm. 14 Tg. 2—8 „	Malaria u. Op. 1926 weg. linksseit. Tuboovarialzyste	rechts	straußeneigroß	Milz- u. Lebertumor	normal

Verhalten d. Ureters z. Tumor	Makroskop. Bild des Tumors	Symptome	Operationen	Komplikationen	Ausgang d. Op.	Zysten-Inhalt	Besonderheiten
m. Ureteren beiders. erweitert	Konglomerattumor u. typ. Parovarialzyste	Schmerz i. Unterleib bes. r. u. dort fühlbare Knoten	Abdom., Supravag. u. Amput. u. Adn. u. Zystektomie	Multiple Verwachsg. u. Konglomerattumoren	geh.	gelblich wässerich	einseitig s. Ureteren
Verwachsg d. lk. Ureters	Doppelseitige Parovarialzyste, r. größer wie l. L. Ureter m. d. Parovarialzyste verwachsen	Übelkeit, Obstirpation Schmerz, bes. i. r. Unterleib	Abdom. Zystektomia dupl. supravaginale Amputation d. Uterus	Die starke Verwachsg. u. d. i. gr. Tiefe gehende Tumor brachten es mit sich, daß währ. d. Op. d. l. Uret. durchtr. wurde	gebessert	Wasserh.	beiderseits
—	Parovarialzyste blauschimmernd, entwickelt sich sowohl nach dem Colum sowie nach dem Sigmoid zu	Mäßig starke Blutg. Erbrechen Heft Schmerzen i. Unterleib	Supravag Uterusamput. m. beid. Adn. Zystektomie. Abdom	—	geh.	hell	einseitig
—	Typ. Parovarialzyste i. Verbindung m. Ovarialzyste l. u. Dermoid r.	Ab u. zu Krämpfe i. Leib	Abdom. Zystektomia lks. Exstirp. eines Dermoids r.	—	gynäkol. geh.	hell	einseitig
—	Typ. Parovarialzyste u. zyst. Ovarien beiders.	Kreuzschmerzen	Abdom. Zystektomie r. Stichelung beid. Ovarien	—	geh.	hell	einseitig
—	Typ. Parovarialzyste, über die die Tube breit hinüberzieht	Schmerz i. Unterleib	Abdom. Operat. Salpingooophorekt dextra Cystektom. dextra	—	geh.	serös	einseitig
Verwachsg. m. d. Ureter	Parovarialzyste, d. b. einer früheren Operat. a. d. Bauchdecke festgenäht u. dauernd fistelte	Schmerzen i. lk. Unterbauch, Erbrechen, Fieber	Abdom. Supravag. Uterusexstirp. Zystektomie	Verwachsg. d. Tumors Fistel n. außen	geh.	trüb-serös	einseitig
—	Typ. Ovarialzyste m. darüb. liegendem Hydrosalpinx, fingerdick	Schmerz i Unterleib, Kreuzschm. Blutungsanomalie	Exstirp d l. Adnexe u. d l Parovarialzyste Solut. Adhäs.	—	geh.	serös	einseitig
—	Typ. Parovarialzyste mit flach aufgeklatschter u. lang ausgezogener Tube	Zunehm. Stärke d. Leibes, Blasenbeschwerden, Druck i. d. Magengegend	Abtrag. d. Parovarialzyste l. u. d. Ovarialzistoms r. nebst Tube	Stielgedrehte Parovarialzyste	geh.	serös	einseitig
—	Mißfarbige Parovarialzyste m. multiplen Verwachsg.	Schmerz i. r. Unterleib	Abdom. Suprabag. Uterusamput. u. Zystektomie	Narbenabszeß	geh.	wasserkl	einseitig

Lebenslauf.

Am 1. November 1898 bin ich, Nikolaus Christophorakos, als Sohn des Gutsbesitzers Michail Christophorakos und seiner Ehefrau Chrisula geb. Kokkini in Dourali (Sparta) geboren. Ich bin griechischer Staatsangehöriger griechisch-katholischen Glaubens. Meine erste Schulbildung erhielt ich auf dem Gymnasium zu Ghythion. Darauf (1918-1922) war ich beim Heeresdienst. Sommersemester 1923 immatrikulierte ich mich an der medizinischen Fakultät der Universität zu Leipzig. Gemäß der neuen Verordnung machte ich nach 4 Semestern das Physikum und ein Semester später studierte ich an der Universität zu Breslau weiter.